

**Anhang 2 zum Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter
SwissDRG**

Musterrevisionsbericht^{*}
Revision der Daten 2013
im Spital X

Version 3.0

^{*} Konkretisierung des statistischen Teils und der Beurteilungskriterien

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Ausgangslage	5
1.2	Qualifikation des Revisors	5
1.3	Unabhängigkeit des Revisors	5
2	Zusammenfassung	6
3	Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode.....	7
3.1	Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution.....	7
3.2	Anzahl SwissDRG-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart	7
3.3	Anzahl und Prozentsatz SwissDRG-Fälle	8
3.3.1	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	8
3.3.2	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	8
3.4	CMI	9
3.4.1	Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart	9
3.4.2	Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton	9
4	Durchführung der Revision	10
4.1	Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung.....	10
4.1.1	Berichtsjahr	10
4.1.2	Gültige Versionen	10
4.2	Ziehung der Stichprobe.....	10
4.3	Bemerkungen	10
5	Feststellungen	11
5.1	Generelle Feststellungen	11
5.2	Patientendossiers	11
5.2.1	Vollständigkeit der Dossiers	11
5.2.2	Qualität der Dossierführung.....	11
5.3	Festgestellte Fehler	11
5.3.1	Administrative Falldaten.....	11
5.3.2	Medizinische Kodierung	11
5.3.3	Basisdaten Intensivmedizin	11
5.3.4	Zusatzentgelte	11
5.3.5	Hochteuere Medikamente.....	11
5.4	Beurteilung der Kodierqualität	12
5.4.1	Statistische Signifikanz der Abweichung CMI vor/nach Revision	12

5.4.2	<i>Anteil der Fälle mit DRG-Wechsel</i>	<i>12</i>
5.4.3	<i>Anteil fehlender Krankengeschichten</i>	<i>12</i>
5.4.4	<i>Anteil der richtigen Codes in der Diagnosenbeurteilung</i>	<i>12</i>
5.4.5	<i>Anteil der richtigen Codes in der Prozedurenbeurteilung</i>	<i>12</i>
5.5	<i>Fallzusammenführung</i>	<i>12</i>
5.5.1	<i>Festgestellte Fehler</i>	<i>12</i>
5.5.2	<i>Abweichung CMI</i>	<i>12</i>
5.6	<i>Kongruenz der Rechnungsstellung</i>	<i>12</i>
5.6.1	<i>Festgestellte Fehler</i>	<i>12</i>
5.6.2	<i>Abweichung CMI</i>	<i>12</i>
5.7	<i>Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS</i>	<i>12</i>
6	<i>Statistikteil</i>	<i>13</i>
6.1	<i>Anzahl und Prozentsatz der Kodierfehler, nach Fehler- und Diagnosentyp</i>	<i>13</i>
6.1.1	<i>Anzahl der Kodierfehler nach Fehler- und Diagnosentyp</i>	<i>13</i>
6.1.2	<i>Anzahl der falsch kodierten Codes</i>	<i>13</i>
6.1.3	<i>Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehler- und Diagnosentyp</i>	<i>13</i>
6.1.4	<i>Prozentsatz der falsch kodierten Codes</i>	<i>13</i>
6.1.5	<i>Zuweisung der Hauptdiagnose</i>	<i>14</i>
6.1.6	<i>Zuweisung der Zusatzdiagnose</i>	<i>14</i>
6.1.7	<i>Lateralität der Diagnosen</i>	<i>14</i>
6.1.8	<i>Tumoraktivität der Diagnosen</i>	<i>14</i>
6.1.9	<i>Lateralität der Prozeduren</i>	<i>14</i>
6.1.10	<i>Ambulante Behandlung auswärts der Prozedurenkodes</i>	<i>14</i>
6.2	<i>Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen</i>	<i>14</i>
6.3	<i>Prozentuale Veränderung des CMI vor und nach Revison</i>	<i>14</i>
6.4	<i>CMI vor und nach der Revision (mit Angabe 95%-Vertrauensintervall)</i>	<i>15</i>
6.5	<i>Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte</i>	<i>15</i>
6.6	<i>Vergleich Nebendiagnosen und Behandlungen in der Grundgesamtheit und der Stichprobe</i>	<i>15</i>
6.6.1	<i>Anzahl Nebendiagnosen/Patient</i>	<i>15</i>
6.6.2	<i>Anzahl Behandlungen/Patient</i>	<i>16</i>
6.7	<i>Vergleichswerte</i>	<i>16</i>
7	<i>Empfehlungen</i>	<i>17</i>
7.1	<i>Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital</i>	<i>17</i>

7.2	<i>Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG</i>	<i>17</i>
7.3	<i>Weitere Hinweise des Revisors</i>	<i>17</i>
8	<i>Anmerkungen Spitaldirektion.....</i>	<i>18</i>
	<i>Anhang 1.....</i>	<i>19</i>
	<i>Anhang 2.....</i>	<i>20</i>
	<i>Glossar.....</i>	<i>21</i>

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

1.2 Qualifikation des Revisors

1.3 Unabhängigkeit des Revisors

Offenlegung allfälliger Abhängigkeiten von einem Kostenträger und Verweis auf Anhang 1.

2 Zusammenfassung

3 Leistungsübersicht des Spitals in der Berichtsperiode

3.1 Anzahl der stationär behandelten Fälle gesamte Institution

Akutsomatik (SwissDRG-Fälle)	
Wartepatienten	
Psychiatrie	
Rehabilitation	

3.2 Anzahl SwissDRG-Fälle nach Herkunftskanton und Versicherungsart

	KV	UV	MV	IV
Innerkantonal				
Kanton A				
Kanton B				
Kanton C				
....				

3.3 Anzahl und Prozentsatz SwissDRG-Fälle

3.3.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
KV		%		%		%		%	
UV		%		%		%		%	
MV		%		%		%		%	
IV		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

3.3.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag		Normalfälle mit Verlegungsabschlag		untere Ausreisser		obere Ausreisser		Total
Kanton A		%		%		%		%	
Kanton B		%		%		%		%	
Kanton C		%		%		%		%	
Kanton D		%		%		%		%	
Kanton E		%		%		%		%	
.....		%		%		%		%	
Total		%		%		%		%	

3.4 CMI

3.4.1 Nach Ausreisserkategorie und Versicherungsart

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	Total
KV					
UV					
MV					
IV					
Total					

3.4.2 Nach Ausreisserkategorie und Herkunftskanton

	Normalfälle ohne Verlegungsabschlag	Normalfälle mit Verlegungsabschlag	untere Ausreisser	obere Ausreisser	Total
Kanton A					
Kanton B					
Kanton C					
Kanton D					
Kanton F					
.....					
Total					

4 Durchführung der Revision

4.1 Berichtsperiode und Grundlage für die Beurteilung

4.1.1 Berichtsjahr

4.1.2 Gültige Versionen

SwissDRG Katalog und Abrechnungsregeln; Kodierregeln, Diagnose- und Behandlungskodes; Fehlertypologie

4.2 Ziehung der Stichprobe

4.3 Bemerkungen

5 Feststellungen

5.1 Generelle Feststellungen

5.2 Patientendossiers

5.2.1 Vollständigkeit der Dossiers

5.2.2 Qualität der Dossierführung

Beurteilungskriterien: Übersichtlichkeit, zeitliche Abfolge, Vollständigkeit/Fehlen von Einzeldokumenten, die für die Kodierrevision von Relevanz sind.

5.3 Festgestellte Fehler

5.3.1 Administrative Falldaten

5.3.2 Medizinische Kodierung

5.3.3 Basisdaten Intensivmedizin

Künstliche Beatmung, NEMS, SAPS, PIM, Schweregrad

5.3.4 Zusatzentgelte

5.3.5 Hochteuere Medikamente

5.4 Beurteilung der Kodierqualität

Gemäss folgenden Beurteilungskriterien:

- Statistische Signifikanz der Abweichung CMI vor und nach Revision (Ja/Nein)
- Falls Abweichung der CMI signifikant: Grösse der Abweichung
- Anteil der Fälle mit DRG-Wechsel
- Anteil fehlender Krankengeschichten
- Anteil an „richtigen“ Codes“ in der Diagnosenbeurteilung (bei Hauptdiagnose, Zusatz zur Hauptdiagnose, Nebendiagnosen)
- Anteil an „richtigen“ Codes“ in der Prozedurenbeurteilung
- Weitere fakultativ

5.4.1 Statistische Signifikanz der Abweichung CMI vor/nach Revision

5.4.2 Anteil der Fälle mit DRG-Wechsel

5.4.3 Anteil fehlender Krankengeschichten

5.4.4 Anteil der richtigen Codes in der Diagnosenbeurteilung

5.4.5 Anteil der richtigen Codes in der Prozedurenbeurteilung

5.5 Fallzusammenführung

5.5.1 Festgestellte Fehler

5.5.2 Abweichung CMI

5.6 Kongruenz der Rechnungsstellung

5.6.1 Festgestellte Fehler

5.6.2 Abweichung CMI

5.7 Differenzen mit/ohne Vorlage an das BfS

Differenzen	Vorlage an das BfS Ja/Nein	Anmerkungen
.....		

6 Statistikeil

6.1 Anzahl und Prozentsatz der Kodierfehler, nach Fehler- und Diagnosentyp

6.1.1 Anzahl der Kodierfehler nach Fehler- und Diagnosentyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig	total
Hauptdiagnose						
Zusatz zur HD						
Nebendiagnosen						
Diagnosen total						
Behandlungen						

6.1.2 Anzahl der falsch kodierten Codes

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose							
Zusatz zur HD							
Nebendiagnosen							
Diagnosen total							
Behandlungen							

6.1.3 Prozentsatz der Kodierfehler nach Fehler- und Diagnosentyp

	richtig	falsch	fehlend	ungerechtfertigt	unnötig
Hauptdiagnose	%	%	%	%	%
Zusatz zur HD	%	%	%	%	%
Nebendiagnosen	%	%	%	%	%
Behandlungen	%	%	%	%	%

6.1.4 Prozentsatz der falsch kodierten Codes

	falsch 1. Stelle	falsch 2. Stelle	falsch 3. Stelle	falsch 4. Stelle	falsch 5. Stelle	falsch 6. Stelle	total
Hauptdiagnose	%	%	%	%	%	%	
Zusatz zur HD	%	%	%	%	%	%	
Nebendiagnosen	%	%	%	%	%	%	
Diagnosen total	%	%	%	%	%	%	
Behandlungen	%	%	%	%	%	%	

6.1.5 Zuweisung der Hauptdiagnose**6.1.6 Zuweisung der Zusatzdiagnose****6.1.7 Lateralität der Diagnosen****6.1.8 Tumoraktivität der Diagnosen****6.1.9 Lateralität der Prozeduren****6.1.10 Ambulante Behandlung auswärts der Prozedurenkodes****6.2 Anzahl und Prozentsatz der SwissDRG-Änderungen**

	Höheres Kostengewicht nach Revision		Tieferes Kostengewicht nach Revision		Kein Einfluss auf Kostengewicht	
Aufgrund Änderung Hauptdiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Nebendiagnose		%		%		%
Aufgrund Änderung Behandlung		%		%		%
Aufgrund sonstiger Änderungen		%		%		%
Total		%		%		%

6.3 Prozentuale Veränderung des CMI vor und nach Revision

CMI vor der Revision	
CMI nach der Revision	
Prozentuale Veränderung des CMI	%

6.4 CMI vor und nach der Revision (mit Angabe 95%-Vertrauensintervall)^{†‡}

$\bar{x}_h$	$\bar{y}_h$	$\bar{z}_h^-$	$\bar{z}_h$	$\bar{z}_h^+$	$\hat{R}_h^-$	$\hat{R}_h$	$\hat{R}_h^+$

6.5 Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte[§]

$s(z_h)$

6.6 Vergleich Nebendiagnosen und Behandlungen in der Grundgesamtheit und der Stichprobe

6.6.1 Anzahl Nebendiagnosen/Patient

Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Stichprobe)	
Anzahl Nebendiagnosen/Patient (Grundgesamtheit)	

[†] Schliessen die Vertrauensbereiche den Wert "0" ein, bedeutet dies, dass es keine statistisch signifikante Abweichung des CMI vor und nach Revision gibt.

[‡] Spalte $\bar{x}_h$ gibt den CMI des Spitals vor der Revision an.

Spalte $\bar{y}_h$ gibt den CMI des Spitals nach der Revision an.

Die Spalten $\bar{z}_h^-$ $\bar{z}_h$ $\bar{z}_h^+$ geben folgende Werte an: $\bar{z}_h^-$ ist die Untergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs, $\bar{z}_h$ ist die Differenz zwischen dem CMI nach Revision und dem CMI vor Revision und $\bar{z}_h^+$ ist die Obergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs.

Die Spalten $\hat{R}_h^-$ $\hat{R}_h$ $\hat{R}_h^+$ geben folgende prozentualen Werte an: $\hat{R}_h^-$ ist die Untergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs, $\hat{R}_h$ gibt das Verhältnis der Differenz zwischen dem CMI nach Revision und dem CMI vor Revision $\bar{z}_h$ zum CMI vor Revision $\bar{x}_h$ an: $\hat{R}_h = \bar{z}_h / \bar{x}_h$ und $\hat{R}_h^+$ ist die Obergrenze des 95 %-igen Vertrauensbereichs.

[§] Die Standardabweichung der einzelnen Differenzen der Kostengewichte $s(z_h)$ wird benötigt für die korrekte Bestimmung der Stichprobengrösse im Folgejahr.

6.6.2 Anzahl Behandlungen/Patient

Anzahl Behandlungen/Patient (Stichprobe)	
Anzahl Behandlungen/Patient (Grundgesamtheit)	

6.7 Vergleichswerte

Werte des Spitals in früheren Jahren. Im ersten Revisionsjahr unter SwissDRG fällt dieser Punkt daher weg.

7 Empfehlungen

7.1 Empfehlungen für die Verbesserung der Kodierung im Spital

7.2 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von SwissDRG

7.3 Weitere Hinweise des Revisors

8 Anmerkungen Spitaldirektion

Anmerkungen der Spitaldirektion

.....
Ort und Datum

.....

Spital X, Der Direktor

Anhang 1

Verpflichtungserklärung und Unabhängigkeitsbestätigung des Revisors bezüglich Kodierrevision der Daten 20XX im Spital X

1. Der Revisor verpflichtet sich, die Kodierrevision auf der Grundlage des Reglements für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG, Version 1.0 vom 12.06.09 (oder aktueller) sach- und fachgerecht durchzuführen.
2. Der Revisor verpflichtet sich, die während der Prüfungstätigkeit in Erfahrung gebrachten Inhalte gegenüber Dritten dauerhaft vertraulich zu behandeln und die Ergebnisse nicht weiterzuverwenden.
3. Der Revisor verpflichtet sich, die Anonymität der Patientendaten im Rahmen der Übermittlung der Revisionsdatensätze jederzeit sicherzustellen, so dass kein Rückschluss auf die Patientenidentität möglich ist.
4. Der Revisor bestätigt seine Unabhängigkeit vom revidierten Spital. Er bestätigt insbesondere, dass er während der Revisionsperiode und während der Dauer der Revision nicht als Kodierer im revidierten Spital tätig war und auch in keinem anderen Anstellungs- oder Mandatsverhältnis oder in anderweitig finanziellen Abhängigkeiten mit dem revidierten Spital steht. Allfällige Abhängigkeiten von einem Kostenträger sind im Revisionsbericht vollständig offengelegt.

.....
Ort und Datum

.....
Kodierrevisor

Anhang 2

Vollständigkeitserklärung des Spitals X bezüglich Datenlieferung für Kodierrevision der Daten 20XX

Wir bestätigen, dass dem Revisor für die Stichprobenziehung alle im Spital X nach SwissDRG fakturierten Fälle mit Austritt zwischen 1. Januar 20XX und 31. Dezember 20XX übermittelt wurden.

.....
Ort und Datum

.....

Spital X, Der Direktor

Glossar